

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

И.Г. Лесовая, Т.В. Ткач, В.В. Ковальчук

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и
стоматологии

Вступление. В последнее время растет количество осложнений в результате деятельности врачей стоматологического профиля на амбулаторном приеме. Их реабилитация требует долечивания в условиях узкоспециализированного челюстно-лицевого стационара. Среди спектра осложнений, как правило, встречаются заболевания воспалительного характера с хроническим течением или острой манифестацией процесса. Сложившаяся ситуация способствует увеличению сроков нетрудоспособности населения, материальных затрат на реабилитацию пациентов и амбулаторного наблюдения в постгоспитальном периоде. Таким образом, является целесообразным проведение детального анализа частоты и структуры воспалительных осложнений амбулаторного стоматологического приема, причин их возникновения и уточнения [1; 2; 3; 4].

Целью нашего исследования является разработка профилактических мероприятий по предупреждению осложнений в результате амбулаторного приема врачей стоматологического профиля.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами было обследовано 236 человек, среди которых было 115 мужчин и 121 женщина в возрастном периоде от 18 до 73 лет. Все больные были госпитализированы в ургентном порядке в клинику кафедры хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Харьковская медицинская академия последипломного образования, на базе ХГКБСНМП им. проф. А.И. Мещанинова. Больные были обследованы клинически, лабораторно, рентгенологически, консультированы смежными специалистами по показаниям. При обследовании больных с осложнениями после амбулаторного стоматологического лечения уточняли: жалобы пациента до момента оказания амбулаторной помощи, сроки обращения в амбулаторию с

момента начала заболевания, наличие сопутствующей фоновой патологии, характер и объем обследования (панорамная рентгенография, СКТ, лабораторное обследование) перед проведением стоматологических манипуляций, объем оказания амбулаторной помощи, назначение врача-стоматолога после манипуляций, виды самолечения пациента, клиническая картина и сроки развития осложнений после амбулаторного лечения, тактика врача амбулаторной помощи. Проведен статистический анализ полученных результатов.

В результате проведения исследования была выявлена патология гайморовых пазух у 26 (11,1%) поступивших. Среди них: острая перфорация гайморовой пазухи в 20 случаях (8,5%); хронический одонтогенный гайморит, инородное тело гайморовой пазухи (пломбирочный материал), состояние после удаления зуба – 6 (2,5%). Больные с острыми воспалительными заболеваниями одонтогенного генеза составили значительную часть в процентном соотношении – 270 (88,9%) обратившихся данного контингента больных. Среди спектра нозологических единиц воспалительного характера выделены: остеофлегмона поднижнечелюстного пространства, застарелый перелом нижней челюсти – 6 (2,5%); флегмона с распространением процесса на одно пространство, состояние после удаления зуба – 97 (41,1%); с распространением процесса на одно пространство, хронический периодонтит зуба, состояние после санации корневых каналов – 13 (5,5%); флегмона с распространением процесса на два и более пространств (в т.ч. дна рта), состояние после удаления зуба – 12 (5,1%); острый одонтогенный лимфаденит поднижнечелюстного пространства, состояние после удаления зуба – 21 (8,9%); нагноившаяся резидуальная киста челюсти, острый одонтогенный лимфаденит, состояние после удаления зуба – 5 (2,1%); незаконченное удаление зуба, инородное тело альвеолярного отростка челюсти (корень зуба), острый одонтогенный лимфаденит – 28 (11,9%); острый очаговый остеомиелит альвеолярного отростка челюсти, состояние после удаления зуба – 21 (8,9%); периостит челюсти, состояние после удаления зуба – 7 (2,9%).

Таким образом, анализ анамнеза заболевания указывал, что 96% пациентов обращались за амбулаторной помощью с наличием припухлости одной области

лица или под челюстью. Нарушение общего самочувствия отмечали 45% пациентов.

Для постановки диагноза в амбулаторных условиях 100% обратившимся пациентам было проведено клиническое обследование. Дополнительный метод исследования 92% пациентам проводился в виде прицельной рентгенографии в случаях. В остальных случаях врач амбулаторного приема производил манипуляции без рентгенологического метода исследования. Панорамная рентгенография, СКТ, конусная КТ не проводились вообще. При уточнении анамнеза выяснилось, что на амбулаторном этапе у опрошенных не выяснен спектр сопутствующей патологии. В результате не проводилась терапевтическая коррекция общесоматического статуса по показаниям. В 25 (10,6%) случаях пациенты самостоятельно принимали препараты с целью симптоматической терапии.

До обращения к врачу-стоматологу давность заболевания составила 1 сутки у 41% обратившихся; спустя 2–5 дней с момента заболевания – у 57% больных; 2% пациентов обратились спустя 10–22 дня с момента начала заболевания.

Оценивая сроки госпитализации с момента нарастания воспалительных явлений после проведения амбулаторных стоматологических манипуляций повторное обращение к врачу-стоматологу было отмечено, что средние значения стабильно варьируют в пределах 5–6 дней. В этот период пациенты повторно посещают врача-стоматолога амбулаторной помощи, занимались самолечением, в виде приема «обезболивающих средств» из группы нестероидных противовоспалительных препаратов, разнообразных антибактериальных средств из домашней «аптечки», применяли согревающие компрессы. Назначения врача-стоматолога состояли из: антибактериальных препаратов, что было в 42% случаев, нестероидных противовоспалительных препаратов у 27% пациентов, дексаметазона 4 мг внутримышечно 2% больным, полоскание полости рта в 68% случаев. При слабом терапевтическом эффекте пациенты зачастую самостоятельно обращаются в стационар, в 32 % случаев их направляют для лечения в условиях стационара. Основной причиной обращаемости пациентов

было ухудшение общего состояния, как то: повышение температуры тела от 37,2°C до 38,0°C, ухудшение общего самочувствия, слабость, недомогание. Локально отмечалось покраснение над припухлостью или ее распространение на соседние зоны, усиление болей в зоне воспаления и присоединение функциональных нарушений движения нижней челюсти, языка, глотания, приема пищи.

В стационар ХГКБСНМП поступали пациенты по направлению от врача-стоматолога в 28% случаев, в результате самообращения 41% пациентов, доставлены машиной скорой помощи 12% поступивши в ургентном порядке. Среди спектра стоматологических манипуляций, после которых возникали осложнения воспалительного характера: удаление зуба в зоне воспаления, опухолевидного образования или опухолевом очаге, попытка лечения корневых каналов, пломбировка корневых каналов с наложением временной пломбы, попытка перистотомии, отлом коронки зуба, проталкивание инородных тел (корня зуба, пломбировочного материала) в мягкие ткани, гайморову пазуху. Традиционно, из спектра назначаемых антибактериальных препаратов назначались препараты группы пенициллинов, реже фторхинолонов. Назначаемые препараты группы пенициллинов III поколения не обладают высокой активностью по отношению к анаэробным бактериям и бактериоидам – микрофлоры, характерной для челюстно-лицевой области. Механизм действия назначаемых препаратов исключал воздействие на метаболизм ДНК-структуры бактерий. Так же, назначаемая схема при лечении пациентов стоматологического профиля исключала применение метронидазолсодержащих препаратов, что было неэффективно в отношении смешанной флоры (аэробы и анаэробы) челюстно-лицевой области и не предусматривало синергическое действие назначаемых антибактериальных средств.

В заключение к вышесказанному рекомендованы следующие профилактические мероприятия:

1. Детальный сбор анамнеза заболевания и жизни пациента с учетом психосоматического состояния. По показаниям консультация смежных

специалистов и коррекция общесоматического статуса на фоне проведения стоматологических манипуляций.

2. Проведение четкой дифференциальной диагностики заболевания, направление на лечение больного в условиях специализированного стационара по показаниям.
3. Применение расширенной диагностики с использованием дополнительных методов исследования (панорамная рентгенография, компьютерная томография, лабораторные методы исследования).
4. Своевременное оказание хирургической помощи с учетом полного объема оперативного вмешательства.
5. При назначении терапии не ограничиваться назначением антибактериальных средств, включая антимикотические, гипосенсибилизирующие препараты, пробиотики, витаминпрепараты. Учитывать побочные эффекты препаратов с иммунодепрессивным и токсическим действием.
6. Динамическое наблюдение за больным в постоперационный период с целью возможной коррекции терапии и предупреждения серьезных осложнений с угрозой для жизни пациента.

Литература:

1. www.dissercat.com › ... ›
2. www.medical-enc.ru/17/stomatologia/oshibki/organizacii.shtml
3. www.ismu.baikal.ru/.../8d63e31f_neotlozhnye_sostoyaniya_v_praktike_...
4. <https://books.google.com.ua/books?isbn=5970417017>